

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1926-1927 N° 35

Contribution à l'Etude
des
Abscess froids rétro-pharyngiens
chez l'adulte

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 9 Décembre 1926

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André CASTAN

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né à ABEILHAN (Hérault), le 9 Janvier 1902



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1926

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES ABCÈS FROIDS RETRO-PHARYNGIENS
CHEZ L'ADULTE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1926-1927 N° 35

Contribution à l'Etude
des
Abscess froids rétro-pharyngiens
chez l'adulte

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 9 Décembre 1926

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André CASTAN

Eleve de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né à ABEILHAN (Hérault), le 9 Janvier 1902



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

—
1926

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. H. HUGOUNENQ
 Doyen M. J. LEPINE.
 Assesseur M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), ROQUE

PROFESSEURS

	MM.	
Cliniques médicales	BARD	
Cliniques chirurgicales	PIC	
	TIXIER	
	BERARD	
Clinique obstétricale et Accouchements	X.	
Clinique ophtalmologique	ROLLET	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS	
Clinique neurologique et psychiatrique	LEPINE (J.)	
Clinique des maladies des enfants	MOURIQUAND	
Clinique des maladies des femmes	VILLARD	
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LANNOIS	
Clinique des maladies des voies urinaires	ROCHET	
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	NOVE-JOSSERAND	
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	CLUZET	
Chimie biologique et médicale	HUGOUNENQ	
Chimie organique et Toxicologie	MOREL	
Matière médicale et Botanique	BRETIN	
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART	
Anatomie	IATARJET	
Histologie	POLICARD	
Physiologie	DOYON	
Pathologie interne	COLLET	
Pathologie et Thérapeutiques générales	CADE	
Anatomie pathologique	PAVIOT	
Chirurgie opératoire	PATEL	
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	ARLOING (F.)	
Médecine légale	ETIENNE-MARTIN	
Hygiène	COURMONT (P.)	
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	X.	
Pharmacie,	AULIER	

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM.	VALLAS
— — — Propédeutique de gynécologie		CONDAMIN
— — — Chimie minérale		BARRAL
— — — Urologie		GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM.	THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance		RHENTER.
Chirurgie expérimentale		TAVERNIER.
Stomatologie		TELLIER

AGREGES

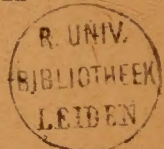
MM.	MM.	MM.
GARIN	CORDIER (V.)	SANTY
TRILLAT	ROUBIER	DUNET
SARVONAT	FAVRE	CHALIER (André)
FLORENCE (G.)	BONNET	CHALIER (Joseph)
ROCHAIX	RHENTER	NOEL
	MAZEL	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. COLLET, président ; GARIN, assesseur
 CORDIER et FAVRE, agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation



A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS PATERNELS

A MON GRAND-PÈRE, A MA GRAND-MÈRE,

Pour la tendre sollicitude dont ils
ont entouré mon enfance.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE,

Je leur dois tout. Ils ont été pour
moi un exemple constant de travail
et de dévouement. Faible témoignage
d'infinie reconnaissance et d'affec-
tueuse tendresse.

A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR COLLET,
Médecin des Hôpitaux

Il nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de notre
thèse; nous lui demandons de croire
à notre gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR REBATTU,
Médecin des Hôpitaux
Chef du Service d'Oto-rhino-Laryngologie de l'Antiquaille

Il nous a inspiré le sujet de notre
thèse. Nous le remercions de la bien-
veillance avec laquelle il nous a guidé
dans nos recherches et de l'accueil
que nous avons trouvé auprès de lui.
Nous le prions d'accepter ici l'hom-
mage de notre respectueuse recon-
naissance.

AUX MEMBRES DE MON JURY

A MES MAÎTRES
DE L'ÉCOLE ANNEXE DE MÉDECINE DE TOULON,
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON,
DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES ABCÈS FROIDS RETRO-PHARYNGIENS
CHEZ L'ADULTE

INTRODUCTION

Nous avons été surpris en parcourant la littérature médicale, ayant trait aux collections péri-pharyngiennes, de ne trouver qu'une étude succincte des abcès froids rétro-pharyngiens.

L'abcès froid rétro-pharyngien, d'ailleurs fort rare, fut pris au début pour de l'œsophagite: Mondière, vers 1840, écrivait, dans les *Archives de Médecine*, une série d'articles sur les œsophagites aiguës et chroniques; il n'avait pas vu à l'examen du fond de la gorge cette affection qui siège bien plus bas que celles qui entraînent ordinairement la dysphagie; cet auteur décrivit l'abcès froid rétro-pharyngien comme œsophagite chronique.

Trente ans plus tard, des cliniciens très autorisés, localisèrent cette affection à sa vraie place, dans le tissu cellulaire rétro-pharyngien; ils en déterminèrent la cause, c'est-à-dire l'inflammation préalable des ganglions cervicaux pré-rachidiens, et l'envahissement consécutif du tissu cellulaire ambiant. C'est à

Sappey, Simon et Gillette que nous devons cette importante notion étiologique ganglionnaire.

La tuberculose de la colonne vertébrale, mal de Pott sous-occipital, peut être aussi le point de départ de collections purulentes rétro-pharyngiennes.

Lannelongue, qui dit avoir vu cinq cas d'abcès froids rétro-pharyngiens consécutifs à des maux de Pott sous-occipital et cervical supérieur, ne donne dans son traité, qu'un bref exposé de cette affection. Il en est de même dans le traité de chirurgie de Duplay et Reclus.

Gouguenheim, dans ses leçons cliniques ne décrit qu'un cas d'abcès froid rétro-pharyngien ostéopathique.

En somme, l'abcès froid rétro-pharyngien est une affection rare, qui, prise au début de son histoire pour de l'œsophagite chronique, ne fut mise au point qu'après les recherches anatomiques. Depuis lors, si l'on a fait allusion à ces collections froides dans les nombreux traités de chirurgie et de médecine, jamais elles n'ont été l'objet d'une étude spéciale.

Dans la première partie de cet ouvrage (Chapitre I), nous étudierons l'anatomie topographique des régions postérieure et latérales du pharynx ; l'anatomie pathologique des abcès froids et leur pathogénie.

Dans la seconde partie (Chapitre II), nous décrirons les symptômes des abcès froids rétro et latéro-pharyngiens, leurs formes cliniques, le diagnostic différentiel, le diagnostic étiologique, l'évolution et le pronostic.

La troisième partie (Chapitre III) sera réservée au traitement et au résultat thérapeutique.

Quant à la quatrième partie (Chapitre IV) elle comprendra les observations.

Qu'il nous soit permis, avant de terminer cette introduction, de remercier M. le Professeur Collet et M. le Docteur Proby, de nous avoir autorisé à publier une de leurs observations.

Qu'il nous soit permis encore de remercier M. le Docteur Rebattu pour l'accueil très bienveillant que nous avons trouvé auprès de lui, soit dans son service d'oto-rhino-laryngologie, soit pour la rédaction de notre thèse.

Nous n'oublierons pas non plus M. le Docteur Mounier-Kuhn, ex-interne des Hôpitaux, qui a été pour nous un aide précieux; nous le remercions également.

CHAPITRE PREMIER

I. Anatomie

Le pharynx, deuxième portion du tube digestif, est situé en haut et en arrière des fosses nasales et de la bouche et aboutit en bas : d'une part, au larynx et à la trachée; d'autre part, à l'œsophage.

C'est un conduit infundibuliforme, incomplet en haut et en avant, appendu par sa base, à la face inférieure du crâne; se continuant en bas par son sommet, avec l'œsophage. La limite entre les deux organes répond à un plan horizontal passant par le bord inférieur du cartilage cricoïde.

C'est un vrai carrefour, dans lequel s'entrecroisent la voie aérienne et la voie digestive; il livre passage au bol alimentaire et à l'air de la respiration. Il est encore une caisse de résonnance qui contribue pour une large part, à donner à la parole ses caractères musicaux. Donc, une lésion qui intéresserait cet organe, se manifesterait par des troubles de la déglutition, des troubles de la respiration et des troubles de la phonation.

1. — Exopharinx

1° COUCHE CELLULAIRE PÉRI-PHARYNGIENNE.

Le Pharynx est un conduit musculo-membraneux, entouré en arrière et sur les côtés, par une couche de tissu cellulaire, appelée suivant les auteurs aponévrose péri-pharyngienne, couche cellulaire péri-pharyngienne. Cette couche cellulaire, très lâche en certains points, est au contraire sur d'autres, dense et résistante ; particulièrement sur les parties latérales, où elle devient aponévrotique. Latéralement, elle se continue avec la gaine des vaisseaux et envoie des prolongements qui vont s'insérer, d'une part, sur l'aponévrose pré-vertébrale et, d'autre part, sur l'aile interne de la ptérygoïde et sur l'apophyse styloïde, en formant ce que l'on désigne sous les noms d'aponévrose latérale du pharynx et d'aileron pharyngien.

En arrière, elle forme entre la face postérieure du Pharynx et l'aponévrose prévertébrale, qui recouvre les muscles situés sur la face antérieure des corps vertébraux, un espace, l'espace rétro-pharyngien, ébauche de séreuse qui permet le glissement du conduit « aéro-digestif » dans ses mouvements d'ascension et de descente.

Dans sa partie supérieure, l'espace rétro-pharyngien est limité latéralement par les tractus fibreux signalés plus haut, qui vont s'insérer sur l'aile interne de la ptérygoïde ainsi que sur l'aponévrose pré-verté-

brale. Ces tractus fibreux le séparent des ganglions latéraux du cou et des gros vaisseaux.

Au niveau de la surface basilaire et de l'arc antérieur de l'atlas, la couche cellulaire rétro-pharyngienne se trouve divisée, par suite d'adhérences entre la paroi pharyngienne et les os précités, en deux moitiés: une droite et une gauche, séparées par un cloisonnement médian qui n'occupe seulement que la portion sus-atloïdienne de la couche cellulaire. Ce cloisonnement médian nous explique la localisation, non pas médiane, mais unilatérale ou bilatérale des abcès sous-occipitaux. Au-dessous de l'atlas, il n'y a plus qu'un seul espace impair et médian.

Au niveau de l'axis, siègent deux ganglions rétro-pharyngiens disposés à droite et à gauche de la ligne médiane.

Ces ganglions rétro-pharyngiens, décrits par Sappey et Gillette, sont particulièrement développés dans le jeune âge; ils s'atrophient ordinairement dans l'adolescence, pour disparaître presque toujours dans l'âge adulte, d'où la rareté de leur infection chez ce dernier. Ils reçoivent quelques lymphatiques de la pituitaire, de la muqueuse naso-pharyngée, de l'amygdale pharyngée, de la trompe d'Eustache et de l'oreille moyenne; aussi n'est-il pas rare de voir une lésion de ces régions donner naissance, chez l'enfant, à une inflammation des ganglions rétro-pharyngiens, et consécutivement, à un adéno-phlegmon, ou à un abcès froid rétro-pharyngien.

En bas, l'espace rétro-pharyngien se continue, sans ligne de démarcation aucune, avec un espace simi-

laire placé en arrière de l'œsophage, l'espace rétro-œsaphagien. Cette disposition anatomique nous explique pourquoi les collections purulentes qui s'y développent, en particulier les collections purulentes froides, ont tendance à fuser dans le médiastin et même beaucoup plus bas. L'espace rétro-pharyngien est une voie largement ouverte aux migrations des collections froides ostéopathiques du mal de Pott sous-occipital.

2° RAPPORTS POSTÉRIEURS.

Le pharynx, entouré par sa gaine celluleuse est en rapport, en arrière et de haut en bas :

a) *Avec la base du crâne.* Le pharynx s'insère par sa base, sur le corps du sphénoïde et l'apophyse basilaire de l'occipital qui présente, en son milieu, une petite saillie, le tubercule pharyngien. Ce tubercule, lorsqu'il est très accusé, surplombe la bourse pharyngienne; il est nettement perçu à l'examen rhinoscopique postérieur du naso-pharynx et peut en imposer pour une tumeur.

Cette barrière osseuse, postérieure et supérieure du pharynx, constituée par la face inférieure du corps du sphénoïde et de l'apophyse basilaire, est tapissée par un tissu fibreux qui donne naissance aux fibromes naso-pharyngiens.

b) *Avec la colonne cervicale.* Le pharynx est en rapport par sa face postérieure avec l'aponévrose prévertébrale qui le sépare des muscles prévertébraux et de la face antérieure des six premières vertèbres cervicales.

D'après Robin-Massé, ce que l'on aperçoit de la paroi postérieure du pharynx dans un examen de fond de gorge, répond : en haut, au bord libre du voile du palais, à l'apophyse odontoïde; plus bas, au corps de l'axis.

Au toucher, en suivant la face inférieure du voile, on peut sentir de haut en bas, l'apophyse basilaire, le tubercule antérieur de l'atlas, le corps de l'axis et la face antérieure des 3^e, 4^e et même 5^e vertèbres cervicales.

Le pharynx présente, avec les corps vertébraux cervicaux, des rapports si intimes, que les abcès par congestion du mal de Pott cervical soulèvent la paroi postérieure du conduit et font saillie dans sa cavité, au même titre que les abcès chauds ou adéno-phlegmons rétro-pharyngiens.

3^e RAPPORTS LATÉRAUX.

Les rapports latéraux étant, à la fois, nombreux et importants, il est préférable de les diviser en 2 parties :

1 segment cervical, allant du cartilage cricoïde au bord inférieur du corps de la mâchoire inférieure;

1 segment céphalique, s'étendant du bord inférieur du corps de la mâchoire à la base du crâne.

1^o *Le segment cervical* est entouré uniquement par les parties molles du cou; il est facilement accessible grâce à une simple incision. Dans la zone située au-dessous du bord supérieur du cartilage thyroïde, le pharynx répond, en allant de dedans en dehors, à la carotide primitive, à la jugulaire interne et au pneu-

mogastrique qui descend en arrière des deux vaisseaux, entre l'artère et la veine. En avant de ce paquet vasculo-nerveux, il répond aux lobes thyroïdiens.

Dans la zone située au-dessus du bord supérieur du cartilage thyroïde, le pharynx est en rapport successivement, de dedans en dehors : avec la carotide externe, qui, au niveau de la région amygdalienne, se rapproche par sa courbe de la paroi latérale du pharynx ; à la carotide interne qui, à son origine, est placée en dehors de la carotide externe ; avec les artères, thyroïdienne supérieure, pharyngienne inférieure, linguale et faciale, toutes, branches de la carotide externe ; avec la jugulaire interne et avec les nombreux ganglions qui sont accolés à sa face antérieure et à sa face externe ; avec le pneumogastrique situé entre la veine et la carotide interne ; avec le nerf grand hypoglosse ; puis, plus en dehors, avec le stylo-hyoïdien, le digastrique et la glande sous-maxillaire.

2° *Le segment céphalique*, protégé par les branches de la mâchoire inférieure, ne peut être abordé que difficilement, après résection de cette dernière.

A ce niveau, la paroi latérale du pharynx est en rapport avec un large espace, dont les bords sont formés, en dehors : par la branche du maxillaire inférieur recouvert dans sa partie interne par les deux ptérygoïdiens ; en arrière, par l'aponévrose pré-vertébrale.

Ce large espace latéro-pharyngien est divisé en deux loges : d'une part, en avant, par l'apophyse styloïde et son groupe de muscles et de ligaments. D'autre part, en dehors et en arrière, par l'aponévrose parotidienne profonde.

Ces deux loges, décrites par Sébilleau, sont : l'une, l'externe, la loge parotidienne; l'autre, l'interne, la loge sous-glandulaire.

a) *L'espace glandulaire de Sébilleau*, ou loge parotidienne, contient la parotide, la carotide externe, la veine jugulaire externe. Il n'est en rapport avec le pharynx, dont il est séparé par l'aponévrose parotidienne profonde, d'abord, par l'espace sous-glandulaire, ensuite, que par un prolongement de la parotide qui s'échappe parfois de la loge parotidienne sur son bord interne, pour venir se mettre en contact avec la paroi latérale du pharynx.

b) *L'espace sous-glandulaire de Sébilleau*, situé entre la parotide et le pharynx et un peu en arrière d'eux, est divisé en deux parties par une lame fibreuse, l'aponévrose stylo-pharyngienne ou aileron de Jonnesco. Cette aponévrose est tendue en sens frontal et a une forme triangulaire dont le bord supérieur transversal, se fixe à la base du crâne; le bord externe, à l'apophyse styloïde, et au-dessous de cette apophyse, au muscle stylo-pharyngien; le bord interne, vertical, qui se continue avec la gaine celluleuse du pharynx.

L'espace sous-glandulaire de Sébilleau est ainsi divisé en deux loges, situées l'une au devant de l'autre.

1° *La loge préstylienne ou espace sous-glandulaire antérieur de Sébilleau*. Cette loge a la forme d'un dièdre, dont la face interne est formée par le pharynx, l'externe par la branche du maxillaire inférieur, l'arête du dièdre étant dirigée en avant. Sur cette branche du maxillaire se disposent toutes les parties mol-

les qui constituent la région zygomatique, savoir : les ptérygoïdiens interne et externe, l'artère maxillaire interne, le nerf auriculo-temporal, le nerf dentaire inférieur, le nerf lingual, le ganglion otique et les périscophtylins interne et externe.

2^o *La loge rétrostylienne ou espace sous-glandulaire postérieur de Sébilleau*, s'étend en arrière de l'aileron pharyngien entre cet aileron et l'aponévrose vertébrale; en dedans, la loge rétro-stylienne répond à l'espace rétro-pharyngien, dont elle est séparée par une cloison sagittale allant de l'aponévrose pharyngienne à l'aponévrose prévertébrale; en dehors, elle est recouverte par le sterno-cléïdo-mastoïdien.

La loge rétro-stylienne est occupée, sur presque toute sa hauteur, par un paquet vasculo-nerveux : la carotide interne qui chemine verticalement en arrière de l'aileron pharyngien : un peu en dehors et en arrière d'elle, la veine jugulaire interne ; plus en arrière, le grand sympathique qui repose sur l'aponévrose prévertébrale; sur un plan postérieur à la carotide se trouvent, en allant de dedans en dehors, le grand hypoglosse, le glosso-pharyngien, tous deux obliques en bas et en dehors, le pneumogastrique et le spinal en rapport intime avec la jugulaire interne et des ganglions lymphatiques.

2. — Endopharynx

La cavité pharyngienne, répondant successivement aux fosses nasales, à la bouche, au larynx, sera divisée en 3 parties :

1° *Portion nasale*, encore appelée arrière cavité des fosses nasales, rhino-pharynx, cavum, est uniquement respiratoire; elle s'étend depuis l'extrémité supérieure de l'organe jusqu'au voile du palais.

De forme cubique, elle présente six parois :

a) La *paroi antérieure*, qui répond aux choannes.

b) La *paroi postérieure*, qui se continue en haut par une courbe douce avec la paroi supérieure; elle est soulevée par de nombreux follicules adénoïdes.

c) Les *parois latérales* comprennent l'orifice pharyngien de la trompe d'Eustache. En arrière de l'orifice tubaire, la paroi latérale du pharynx présente une excavation, la fossette de Rosenmüller.

d) La *paroi supérieure* a la forme d'une voûte dont la courbure varie notablement avec les sujets.

La voûte est occupée par une masse de tissu lymphoïde, formant l'amygdale pharyngienne appelée encore amygdale de Luschka. Elle occupe, sur la voûte du Pharynx, l'espace compris entre les choannes et le tubercule pharyngien ; en arrière se trouve la bourse pharyngienne.

L'amygdale pharyngienne commence à s'atrophier chez l'enfant, et chez l'adulte, il ne reste plus que la bourse pharyngienne, qui peut, elle aussi, disparaître complètement.

L'amygdale pharyngienne contribue à former avec l'amygdale tubaire, l'amygdale linguale, l'amygdale palatine et les follicules isolés qui les unissent entre elles, l'*anneau lymphatique de Waldeyer*.

e) La *paroi inférieure* est formée par la face supérieure du voile du palais.

2° *La portion buccale*, ou arrière-gorge, s'étend du palais jusqu'à un plan horizontal passant par l'os hyoïde. Ses parois latérales continuent la fossette de Rosenmüller, elles présentent des amas de tissu lymphoïde. Sa paroi postérieure, qui répond à l'axis, présente de nombreux follicules adénoïdes.

3° *La portion laryngienne*, ou laryngo-pharynx, continue la précédente et s'étend jusqu'à l'extrémité supérieure de l'œsophage. La portion laryngienne se rétrécit au fur et à mesure qu'elle se rapproche de sa terminaison.

Sa *paroi antérieure* répond de haut en bas : à l'épiglotte, à l'orifice pharyngien du larynx, à la face postérieure du cricoïde. Ses parois latérales répondent aux gouttières pharyngo-laryngées. Sa paroi postérieure répond au corps des 3^e, 4^e, 5^e et 6^e vertèbres cervicales.

Conceptions nouvelles sur les Aponévroses et les loges du cou

En raison des conceptions nouvelles sur les aponévroses et les loges du cou, il nous a paru utile d'en faire, dans ce chapitre, un exposé succinct et de donner au préalable un aperçu général de ces diverses formations.

Les tissus fibreux qui constituent des enveloppes aux muscles, vaisseaux, viscères, sont appelées aponévroses.

1° *Aponévroses musculaires*. Lorsque ces aponévroses enveloppent un système musculaire déterminé, el-

les sont appelées aponévroses musculaires « aponévroses habitées de Sébilleau » ; en certains point de ces gaines fibreuses, les faisceaux musculaires peuvent régresser et disparaître, constituant alors ce que Sébilleau a désigné sous le nom de « aponévroses deshabitées ».

Les aponévroses musculaires de la région cervico-céphalique constituent 3 plans, de dehors en dedans :

a) plan superficiel : aponévrose cervicale superficielle, qui enveloppe le sterno-cléido-mastoïdien, le trapèze, les masticateurs ;

b) plan moyen : aponévrose cervicale moyenne, comprenant, dans sa partie inférieure l'omo-hyoïdien et le sterno-cléido-hyoïdien ; dans sa partie supérieure, le digastrique, le mylo-hyoïdien, le stylo-hyoïdien ;

c) plan profond : aponévrose cervicale profonde qui loge les scalènes et les muscles prévertébraux.

Ces trois plans aponévrotiques sont indépendants l'un vis-à-vis de l'autre, ils limitent des espaces bien déterminés où sont situés des vaisseaux, des nerfs, des viscères.

2° *Aponévroses d'emballage*. Elles ne sont formées que par du tissu cellulaire condensé ; ce sont des tissus de remplissement. Ce sont des tissus de soutien des vaisseaux et qui s'organisent autour de ces derniers en formant des *gaines*. Ces gaines vasculaires sont étroitement unies entre elles, elles naissent du péricarde fibreux et se confondent avec lui.

Ombredanne, Rouvière, Sébilleau et Truffert arrivent à ces conclusions :

1° Péricarde fibreux = gaine vasculaire cardiaque ;

2° Ses ligaments ne sont que ses prolongements sur les gros vaisseaux qui partent du cœur ou y arrivent.

Les lames se dédoublent au niveau des vaisseaux et de ses ramifications et ressemblent, selon l'expression de Farabeuf, à un fusil qui aurait plusieurs canons.

C'est la disposition anatomique des vaisseaux, qui régit la disposition des lames vasculaires.

Au niveau de la portion cervico-céphalique, on peut donc considérer :

3 *aponévroses musculaires*, qui sont simples, continues, superposées.

1 *aponévrose vasculaire*, complexe.

Topographie de la loge viscérale

Lames vasculaires

Par leur disposition anatomique, les lames artérielles et veineuses concourent à former au niveau de la portion céphalique et cervicale, la *loge viscérale* qui renferme l'extrémité supérieure de l'intestin céphalique en bas, le pharynx et ses évaginations en haut.

Sur une coupe transversale du cou, passant par l'étage céphalique ou cervical, nous trouvons de la superficie vers la profondeur, la disposition suivante : aponévrose cervicale superficielle, aponévrose cervicale moyenne, qui recouvre les aponévroses vasculaires, celles-ci seulement, limitant la loge viscérale.

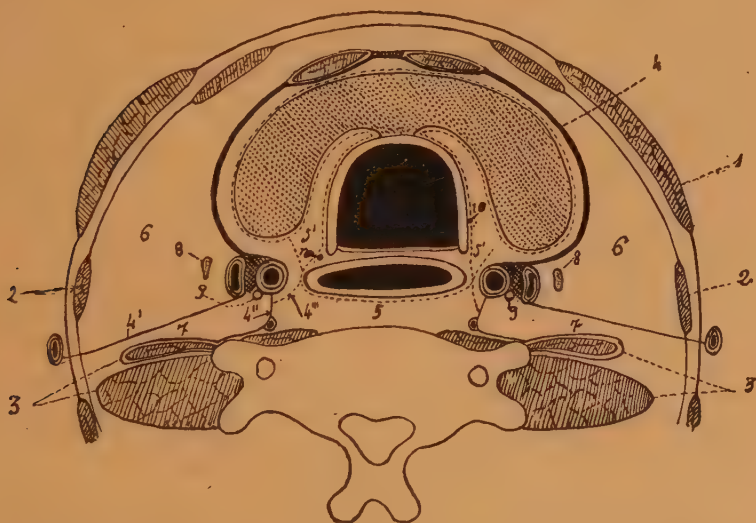
La loge viscérale est limitée en arrière et latéralement par les lames sagittales, en avant, elle est bordée

par les lames vasculaires, artérielle et veineuse, qui gagnent le ligament ptérygo-maxillaire.

Différentes théories de constitution de la loge viscérale ont été récemment émises, notamment celles de Charpy, Sébilleau et Truffert, Herbert, Cunéo et Descomps.

La théorie nouvelle est la suivante :

La loge viscérale est bordée sur toute sa surface par les gaines viscérales et sur ses côtés et en avant, par les lames vasculaires, la lame veineuse est renforcée



La loge viscérale dans l'étage cervical inférieur (d'après Truffert)
Coupe horizontale du cou (schématique)

1. Aponévrose cervicale superficielle et le muscle sterno-cléido-mastoldien. — 2. Aponévrose cervicale moyenne et ses muscles omo-hyoïdien et sterno-cléido-hyoïdien. — 3. Aponévrose cervicale profonde. — Les lames vasculaires principales limitant la loge viscérale. Le plan aponévrotique constitué par ces lames est renforcé par le muscle sterno-costo-thyroïdien (cervico-péricardique). — 4'. Aponévrose cervicale transverse (veineuse). — 4". Lame sagittale (artérielle) engainant le sympathique. — 4'''. Mésos de segmentation de la loge viscérale. — 5. Espace retro-viscéral. — 5'. Espaces latéro-viscéraux. — 6. Loge cervico-ganglionnaire. — 7. Loge cervicale (graisseuse). — 8. Ganglion lymphatique. — 9. Nerf pneumogastrique dans l'accolement des lames vasculaires. — 10. Gaine trachéo-bronchique où est le nerf récurrent.

en avant par le muscle sterno-costothyrôïdien. Cette lame, qui aboutit en dehors à la jugulaire externe, forme l'*aponévrose cervicale transverse* du cou de Sébileau; elle est en rapport dans sa partie interne avec un ganglion lymphatique situé en avant.

La lame artérielle, sagittale, engaine en arrière le sympathique et le muscle scalène antérieur. Le pneumogastrique se trouve situé dans le tissu d'accolement des lames veineuse et artérielle.

L'aponévrose cervicale transverse coupe en deux les aponévroses musculaires cylindriques; elle se trouve tendue, en quelque sorte, d'un bord à l'autre du cou.

a) *La loge antérieure* décrite par Descomps, renferme des ganglions : c'est la loge des adéno-phlegmons du cou; ainsi s'explique, d'après ces données anatomiques, la facilité avec laquelle on perçoit les adénopathies inflammatoires chaudes ou froides et comment celles-ci ont une tendance naturelle à évoluer vers les téguments.

b) *La loge postérieure*, située en arrière de l'aponévrose transverse est limitée par les émanations latérales du plan veineux, en avant et en dehors, et du plan artériel, en dedans. Cette loge est comblée par du tissu cellulo-adipeux, *coussinet adipeux du cou de Merkel*. C'est la loge des phlegmons du cou, secondaires à des infections ganglionnaires ou ostéopathiques.

Ces collections n'ont pas, comme celles de la loge antérieure, tendance à s'extérioriser, mais au contraire, à fuser vers les loges profondes voisines, après avoir effondré les cloisons aponévrotiques.

II. Anatomie pathologique et Pathogénie

Définition. — L'abcès froid est une collection purulente liquide, à évolution torpide, et sans réaction inflammatoire apparente notable et presque toujours de nature tuberculeuse.

En clinique, la nature tuberculeuse de l'abcès est vérifiée par la recherche directe, sur lame, du bacille dans le pus de l'abcès, et surtout par l'inoculation du pus au cobaye.

L'abcès froid constitué est limité par une membrane : au centre de la tumeur, les éléments se désagrègent pour former, au stade définitif, le pus.

1° *Constitution anatomique de la paroi.*

a) *Surface interne.* — Elle présente des aspects variés. Elle peut être lisse et unie dans toute son étendue; c'est aspect se rencontre de préférence dans les points de la poche qui ont été fortement distendus. En ces points, la paroi est plus mince et moins vascularisée. Ordinairement, elle est irrégulière, bourgeonnante. Elle est hérissée de petites saillies exubérantes qui sont tantôt pâles, légèrement jaunâtres, tantôt grisâtres, tantôt d'un rouge vineux. Ces boursofflures sont parfois si développées qu'elles constituent de véritables lames flottant dans le liquide. Parfois se dessinent des colonnes sur la paroi interne de l'abcès, donnant à celle-ci un aspect aréolaire; ces colonnes sont dues à la présence de vaisseaux et de nerfs, des

aponévroses dissociées encastrées dans la paroi de l'abcès.

La surface interne est de coloration variable ; on la trouve grisâtre, présentant des stries rosées, des plaques ardoisées, fortement congestionnée; des hémorragies pariétales et cavitaires sont communes ; elles sont dues au défaut de résistance des vaisseaux capillaires et des éléments environnants. La surface interne peut être décolorée ou présenter une coloration jaunâtre, qui répond à des masses en voie de caséification.

Forme de la cavité de l'abcès. — Elle peut être ou bien simple, c'est-à-dire à une seule loge: dans ce cas, elle est généralement ovoïde ou arrondie; ou bien, multiloculaire et présentant plusieurs loges de grandeur différente. La communication entre ces diverses loges est parfois un simple rétrécissement et la poche est en bissac; parfois c'est un anneau aponévrotique naturel qui bride l'abcès en son milieu; cette disposition anatomique apparaît quand un abcès de la loge latérale pharyngienne a réussi à défoncer l'aponévrose de cloisonnement et à pénétrer dans l'espace rétro-pharyngien.

b) Surface externe. — Elle est généralement lisse, unie, de coloration grisâtre et toujours plus pâle que la surface interne. Cet état lisse de la surface se rencontre surtout lorsque la paroi de l'abcès est contiguë à une aponévrose, ou lorsqu'elle est libre dans une couche cellulo-graisseuse.

Lorsque certains points de la poche sont en voie d'évolution, on constate à leur niveau, une véritable continuité avec les tissus voisins, par un nombre infini de liens vasculaires.

A une évolution plus active, la surface externe présente de véritables bourgeons qui longent les vaisseaux et pénètrent avec eux dans les organes voisins. Ces bourgeons s'insinuent dans les orifices normaux des tissus fibreux ou osseux; ils forment alors des prolongements fongueux qu'il importe de connaître lors de l'intervention.

Cette membrane donc, à l'inverse de la paroi des abcès chauds, n'est pas une limitante, une poche inerte qui se distend grâce à son contenu. Quand un abcès s'est fistulisé, et cela depuis un temps assez long, la paroi présente un aspect particulier du fait de poussées inflammatoires successives : unie intimément avec les tissus et organes voisins, elle les pénètre de ses éléments cellulaires qui, finalement, leur font subir un processus dégénératif, de mort.

2° *Contenu des abcès froids.* — Le contenu des abcès froids a de grandes ressemblances avec le liquide des abcès communs, chauds. Un examen minutieux de ces liquides, d'origine absolument différente, permet de trouver des caractères qui n'ont entre eux qu'une analogie éloignée.

Le pus des abcès froids tuberculeux est, en général, plus fluide, moins adhérent; il s'écoule violemment de la poche que l'on ouvre. Il renferme presque toujours en suspension des flocons blanchâtres ou légèrement jaunâtres. Ces éléments solides gênent beaucoup l'é-

coulement quand on fait la ponction de la poche, aussi, doit-on employer un gros trocart.

Parfois les flocons sont si volumineux qu'un gros trocart et l'aspiration même sont souvent impuissants à vider la poche de tout son contenu.

En effet, on peut trouver, dans les parties les plus déclives de la cavité, des lambeaux membraneux, ou des amas caséeux libres ou adhérents dans une partie de leur étendue, du volume d'une cerise, d'une amende, d'une noix même.

Assez fréquemment, on rencontre dans le liquide qui s'écoule des éléments du sang, sous forme de petits caillots noirs ou bien décolorés, suivant que leur formation est plus ou moins récente.

Tel est l'aspect ordinaire d'un abcès froid tuberculeux. Dans des cas exceptionnels, cependant, du fait de la durée de l'affection et de circonstances diverses, on peut penser, en présence de ces collections, à tout autre chose qu'à un abcès. Le liquide peut contenir des proportions énormes de globules rouges sans qu'il y ait des caillots: sa coloration est variée, jaune, gris foncé, noire; le liquide devient alors plus épais et renferme des cristaux de cholestérine. La présence des éléments du sang dans la cavité de l'abcès est due à la rupture des vaisseaux capillaires voisins par le travail de destruction de la paroi tuberculeuse. Il s'établit ainsi un mélange intime des globules du sang avec les éléments que contient le liquide.

Dans les abcès froids anciens, le liquide devient d'un jaune clair, plus transparent et plus fluide. Parfois, il peut devenir séreux et ressembler à un kyste

cellulaire. Il peut être mêlé à des grumeaux caséeux; tantôt le pus s'est concrétisé, formant une masse caséuse demi-liquide ressemblant à du mastic ou au contenu des kystes sébacés : « abcès caséeux de Lannelongue ». « Abcès résiduaux » de Paget. Ce sont, en somme, des abcès solides.

L'examen histologique nous révèle des dissemblances plus grandes existant entre le pus des abcès froids et celui des abcès phlegmoneux.

Ce dernier liquide est presque exclusivement constitué d'éléments solides, de leucocytes, rarement de quelques globules rouges.

Dans le liquide des abcès froids, les leucocytes remplis de fines granulations, ne constituent qu'une faible partie des éléments solides du pus.

En résumé, les liquides des abcès froids sont moins riches en leucocytes, plus riches, au contraire, en fibrine, albumine et mucine, en corps gras ; les leucocytes, mélangés souvent à de nombreux globules rouges, sont en voie de destruction. Toutefois, les abcès froids tuberculeux ne renferment des bacilles qu'en faible quantité.

Evolution des abcès froids.

a) *Tumeur primitive.* — La tumeur primitive n'est, dès l'origine, qu'un agrégat de tubercules élémentaires qu'on retrouve dans les régions limitrophes des tissus voisins.

b) *Formation de l'abcès.* — Les noyaux indurés, tuberculeux, peuvent persister longtemps; mais d'habitude, le ramollissement s'accroît et l'abcès propre-

ment dit se forme. Les éléments anatomiques se disposent alors en membrane autour du foyer de ramollissement.

c) *Accroissement de l'abcès.* — Ces éléments cellulaires envahissent progressivement les tissus voisins, qui, infiltrés, tombent dans la cavité de l'abcès et amènent un amincissement de la paroi de plus en plus prononcé. Finalement, la peau s'ulcère et laisse ouverte la cavité de l'abcès.

L'ulcération des abcès froids, surtout des petits abcès n'est pas la conséquence inévitable de leur existence, et la résolution de la tumeur est un fait qui s'observe parfois.

Les abcès froids peuvent subir un accroissement de volume qui se produit lentement et sans réaction apparente, dans des proportions inattendues, quelquefois considérables. Le mécanisme de ce développement est le même que celui que nous avons cité plus haut. L'accroissement de la paroi ne se fait pas indistinctement sur tous les points. La paroi peut, en certains points, prendre une constitution celluleuse plus ou moins dense et acquérir même une consistance fibreuse.

Il n'en est plus de même dans les régions où la paroi est en voie de développement; d'une part, les follicules tuberculeux envahissent les tissus voisins; d'autre part, les parties, qui confinent à la cavité de l'abcès, se dissocient et, finalement, tombent dans la cavité. Envahissement d'un côté, destruction de l'autre, telle est la marche du processus de l'abcès froid. Or, de tous les tissus, celui qui contribue le plus à fournir

cette prolifération embryonnaire qui infiltre toutes les limites de la paroi est le tissu conjonctif. On s'explique ainsi facilement la tendance qu'ont les collections purulentes froides émanées d'une tuberculose des vertèbres cervicales, à fuser dans l'espace cellulaire rétro-pharyngien. Quand la texture environnante est plus dense, la résistance au développement de la paroi est plus considérable; mais avec le temps, cette résistance cesse et un abcès situé en regard de la surface basilaire et de l'arc antérieur de l'atlas, d'abord latéral, pourra devenir, à la longue, médian par effondrement d'adhérences entre la paroi pharyngienne et les pièces squelettiques.

Le poids du liquide et la déclivité n'ont qu'une influence tout à fait secondaire dans ce mécanisme de l'accroissement. Certes, les abcès froids obéissent dans leur développement aux lois de la pesanteur; de même que les changements de forme et de volume des cavités tendent à les diriger dans un sens plutôt que dans un autre. Mais l'élément essentiel dans l'accroissement de ces abcès, c'est la paroi elle-même, grâce à sa constitution spécifique et aux éléments cellulaires qu'elle renferme; éléments qui jouissent de propriétés spéciales et qu'on ne saurait comparer à ceux que contient une limitante d'une inflammation ordinaire.

Par suite de l'accroissement de l'abcès et de la fonte caséuse des parties infiltrées, une ouverture de la poche peut se produire, éliminant peu à peu les produits grumeleux résultant du ramolissement des follicules. Au bout d'un temps variable, cet écoulement peut se tarir et la cavité se combler.

Les lésions peuvent évoluer vers la guérison. D'après Grancher, le tubercule est une néoplasie à tendance fibro-caséuse; parfois, la zone d'infiltration pariétale cesse de progresser, elle devient une limitante qui enkyste la masse tuberculeuse et le contenu peut même se résorber.

CHAPITRE II

Etude clinique

1. — Symptômes

Les collections supurées qui se développent au voisinage du pharynx, tirent leur particularité clinique de facteurs variables représentés, ou par la cause déterminante, ou par le terrain, ou par la localisation topographique.

Nous envisagerons dans cette étude les collections froides, siégeant derrière le pharynx, pouvant s'étendre plus ou moins sur ses côtés, mais toujours limitées en arrière par la colonne vertébrale et son revêtement musculo-aponévrotique.

I. — SYMPTOMATOLOGIE D'UNE COLLECTION RÉTRO-PHARYNGIENNE.

Quel que soit le terrain ou l'agent infectieux en cause, une affection rétro-pharyngienne se manifeste par un syndrome unique.

Ce syndrome doit cependant, pour la clarté du sujet, se diviser en 3 types : supérieur, moyen, inférieur. A cette classification anatomique, répondent des signes cliniques: la gêne de la respiration, ou, plus souvent, la gêne de la déglutition prédomine suivant le type anatomique.

A. — *Type supérieur.* — Le type supérieur n'est possible d'après Morestin que dans l'abcès froid ostéopathique. En effet, l'arc antérieur de l'atlas n'atteint le niveau de la voûte palatine qu'à partir de 4 ou 5 ans et ne remonte guère au-dessus chez l'adulte.

a) *Signes fonctionnels.* — Il est facile de prévoir qu'une tuméfaction, qui rétrécit le cavum, déjà particulièrement étroit chez l'enfant, va causer une *obstruction nasale*. Cette obstruction se traduit par : la respiration par la bouche; la rhinolalie fermée; le ronflement dans le sommeil, disparaissant quand on pince le nez.

Il en résulte, chez le nourrisson, l'impossibilité de téter. Les troubles mécaniques de déglutition sont peu accentués dans cette forme.

b) *Signes physiques.* — L'inspection ne permet d'apercevoir qu'imparfaitement la tuméfaction. On voit pourtant, *par vision directe*, quand le voile se relève dans la phonation, une voussure paramédiane de la paroi postérieure du cavum; elle déborde légèrement au-dessous du voile du palais, qui est contracté et repoussé en avant.

La rhinoscopie postérieure, quand elle est possible, permet d'apprécier plus exactement les limites de cet-

te tuméfaction. Elle permet de constater que la sup-puration proémine, non pas exactement dans l'axe, mais légèrement en dehors de celui-ci.

L'exploration digitale de la tuméfaction du cavum est peu précise. Elle permet bien d'apprécier sa consistance mollassse, mais il n'est pas toujours facile d'en percevoir nettement la fluctuation caractéristique. De plus, l'examen est compliqué du fait de la situation de cette masse, que le doigt n'atteint que superficiellement, ce qui ne permet pas une exploration franchement pulpaire, la seule qui donnerait des renseignements précis.

Dans les cas hésitants, l'exploration à la *ponction capillaire* confirme le diagnostic. Ce type supérieur se voit surtout chez des individus plus ou moins âgés.

B. — *Type moyen.* — C'est de beaucoup le plus fréquent. Il est généralement associé au précédent et évolue vers une situation basse.

a) *Signes fonctionnels.* — Ce type, dans sa pureté, est caractérisé uniquement par de la *dysphagie mécanique*. Le malade éprouve de la gêne dans le troisième temps de la déglutition.

De plus, la tuméfaction, si elle est volumineuse, peut venir au contact de la langue, où détermine d'incessants mouvements de déglutition ; si elle atteint l'étage supérieur, l'obstruction nasale viendra ajouter ses symptômes.

b) *Signes physiques.* — L'inspection directe montre sur la paroi postérieure du pharynx, une saillie plus ou moins volumineuse, sinon exactement médiane,

tout au moins franchement postérieure. Cette tuméfaction est accessible à l'exploration digitale.

Quant à la façon de pratiquer le toucher bucco-pharyngien, le procédé indiqué par *Saint-Germain* semble le meilleur : « Après avoir déprimé la surface tuméfiée avec la pulpe du doigt, on la ramène brusquement de 15 à 20 mm. en arrière et on sent alors la matière purulente revenir à sa place primitive, et produire de nouveau la voussure de la surface pharyngienne. »

Cette exploration digitale doit être pratiquée avec prudence chez l'enfant, car elle peut déterminer un accès de suffocation, quelquefois mortel. Le type moyen, ou dysphagique, évolue vers le type inférieur dyspnéique ou laryngien que nous allons décrire.

C. — *Type inférieur ou laryngien.* — a) *Signes fonctionnels.* — A la dysphagie du type précédent s'ajoute de la *dyspnée laryngée*, c'est-à-dire gêne inspiratoire avec cornage et, dans les cas plus accentués, tirage. L'intensité des symptômes est en fonction de la grosseur de l'abcès.

La position assise augmente la gêne respiratoire.

b) *Signes physiques.* — *L'exploration périphérique* permet l'observation de quelques signes. Le cartilage thyroïde refoulé en avant fait une saillie plus accusée sous les téguments ; il est parfois dévié latéralement.

Si la tuméfaction est très volumineuse, elle peut être perçue par la *palpation extérieure*, qui permettra de sentir un empâtement profond dans la région des gouttières latéro-viscérales. *L'examen direct* par

les voies naturelles n'offre, en dehors du cas de migration d'une collection moyenne, aucun signe particulier.

C'est à l'*examen laryngoscopique* (Arnozan et Moure) qu'il faut avoir recours pour obtenir des précisions. Celui-ci n'est possible que chez l'enfant âgé et encore peut-il déterminer un accès de suffocation.

Mais lorsqu'il est possible, l'examen laryngoscopique permettra d'apprécier la voussure, la saillie, et en même temps le degré de compression que la collection exerce sur le vestibule laryngé.

Ce syndrome rétro-pharyngien, ici décrit, peut être causé ou par des adéno-phlegmons rétro-pharyngiens, ou par des phlegmons rétro-pharyngiens, ou par des abcès froids rétro-pharyngiens. Ce dernier cas seul nous occupe.

Il est aussi possible de rencontrer des abcès froids réchauffés. Ce fait est assez rare : il survient à la suite d'une infection banale succédant à un épisode infectieux ou à une ponction non aseptique .

La symptomatologie pure du syndrome rétro-pharyngien se complique alors de réactions douloureuses et des signes généraux de l'abcès chaud. D'une façon générale, l'infection est atténuée et elle n'atteint jamais le caractère phlegmonéux de l'adéno-phlegmon.

Les abcès froids rétro-pharyngiens sont intéressants à étudier au point de vue de leur symptomatologie, car ils représentent, dans leur pureté, les différents types du syndrome rétro-pharyngien. Nous verrons

plus loin, en établissant le diagnostic étiologique, que les symptômes peuvent différer suivant le point de départ de l'abcès. Nous ne décrirons que rapidement la symptomatologie des collections latéro-pharyngiennes; nous en parlerons cependant, car ces collections peuvent fuser vers la loge rétro-pharyngienne et en imposer parfois pour une collection primitive de cette région. La recherche des symptômes suivants, apparus dès le début de la maladie, servira à fixer l'origine exacte de la collection.

II. — SYMPTOMATOLOGIE DES COLLECTIONS LATÉRO-PHARYNGIENNES.

Les collections peuvent être constituées par des supurations froides; en effet, nous nous trouvons ici dans la loge cervico-ganglionnaire et on peut prévoir le point de départ ganglionnaire de l'affection. Les symptômes sont surtout caractérisés par de la *dysphagie mécanique*, qui se traduit par une gêne de la déglutition. Le malade éprouve la sensation d'un corps étranger déterminant des mouvements de déglutition incessants, pouvant amener l'aérophagie. Les troubles respiratoires sont légers. En dehors des phénomènes inflammatoires, la collection est indolente et ne s'accompagne d'aucun trismus.

Les abcès de la loge latéro-pharyngée postérieure reproduisent, à l'état de pureté, les symptômes précédemment décrits. Non ganglionnaires, ils sont exceptionnels, et tirent, en général, leur origine d'une tuberculose de l'oreille ayant déterminé une séquestration de l'os tympanal et ayant fusé autour des vais-

seaux. Ces abcès sont, en général, tièdes. On peut établir l'origine tympanique en pressant sur la collection, il se produit alors un reflux par le conduit auditif. Quant aux suppurations latéro-pharyngiennes, situées dans la loge viscérale, ce sont toujours des collections chaudes.

Pourtant, il existe des suppurations péri-pharyngiennes même froides, étendues aux différents espaces anatomiques. Mais, il faut le dire, ce sont le plus souvent les inflammations chaudes qui tendent ainsi à fuser dans différentes loges. Au point de vue clinique, la symptomatologie de ces formes, qu'on a appelé multiloculaire, est une juxtaposition des syndromes répondant aux différents territoires envahis. Dans ces cas, le pronostic est plus grave et résulte de la destruction des cloisons aponévrotiques; les vaisseaux baignent alors dans la suppuration, d'où des complications vasculaires d'ulcération et de thrombose.

2. — Diagnostic différentiel

A cause de leurs signes fonctionnels, les collections suppurées rétro-pharyngiennes, en général, peuvent faire penser à une *affection des voies respiratoires*. Nous envisagerons d'abord, rapidement, ce diagnostic différentiel. C'est avant tout la recherche des signes physiques qui permettra d'éviter l'erreur. D'ailleurs, les symptômes consistant en accès de suffocation et quelquefois en troubles de la phonation sont assez tardifs; à ce moment, les signes physiques sont

devenus si marqués que la tumeur est mise en évidence par le toucher; celui-ci est de règle absolue — il nous servira à trancher le diagnostic.

En résumé, confondre chez un enfant du premier âge, un adéno-phlegmon rétro-pharyngien avec une laryngite striduleuse, un œdème de la glotte, un croup, un corps étranger des voies aériennes, ce sont là des erreurs anciennes que la recherche systématique des signes physiques permettra, à coup sûr, d'éviter.

Nous examinerons également la différence qui sépare les collections chaudes des collections froides. Ce n'est qu'au début, qu'un diagnostic différentiel peut se poser.

Nous distinguerons d'abord les signes fournis par les différentes collections situées dans l'espace rétro-pharyngien. Il est évident que les suppurations chaudes seront accompagnées d'un cortège de signes généraux, une fièvre élevée en particulier que nous ne trouverons pas dans les collections froides. Mais ces manifestations prédominent à la période d'état seulement.

1° *Adéno-phlegmons rétro-pharyngiens.* — La brutalité de leur début, autrefois admise, n'est qu'apparente et due à la méconnaissance de la période prodromique. Celle-ci est constituée par les symptômes d'une affection banale rhino-pharyngée. C'est une période d'adénoïdite plutôt qu'une période angineuse. L'enfant est enchiffrené, il ronfle pendant le sommeil, il éprouve aussi une gêne à la déglutition, d'où refus de s'alimenter. Il présente un léger jetage muqueux ou muco-purulent qui sourd derrière le voile du palais.

La période d'état est caractérisée par la juxtaposition des syndromes moyen et supérieur auxquels s'ajoutent les symptômes généraux. C'est ainsi qu'on observera la dysphagie, le ronflement, la rhinololie, caractérisée par ce cri du nourrisson à timbre spécial, comparé par Duparque et Labric à la voix du canard. L'enfant, affamé, se jette sur le sein de sa nourrice et fait quelques suctions, il essaye une déglutition, puis rejette la tête en arrière en criant. Aux signes précités, s'ajoutent encore des contractions douloureuses des traits, de la raideur du cou et quelquefois un véritable torticolis.

L'examen périphérique fournit peu de renseignements; on pourra, cependant, constater dans certains cas une réaction ganglionnaire.

L'inspection bucco-pharyngée permet de constater le symptôme pathognomonique, la voussure de la paroi postérieure du pharynx, recouverte par une muqueuse rouge, d'aspect vernissé. Le toucher permet de sentir une masse pâteuse, œdémateuse. Au bout de 48 heures, les signes généraux s'aggravent, la température monte à 40°, le pouls est petit, le teint plombé. La période de suppuration s'installe, le doute n'est plus possible.

2° *Les phlegmons rétro-pharyngiens* ne se voient pas dans la forme supérieure du syndrome; ils sont caractérisés par le caractère d'emblée diffus de leurs manifestations.

Dans la région latéro-pharyngienne, nous retrouvons des adéno-phlegmons et des suppurations chaudes, dont l'origine n'est pas ganglionnaire.

L'adéno-phlegmon sous-angulo-maxillaire est toujours précédé d'une lésion de la muqueuse de l'isthme du gosier, le plus souvent une amygdalite. Cette période prodromique peut être légère et ne laisser que peu de souvenirs au malade. Les signes les plus importants sont : la dysphagie, souvent assez intense pour empêcher toute déglutition, le torticolis, la douleur. Par une pression sur les apophyses épineuses et transverses des vertèbres cervicales, et par un choc portant sur la voûte du crâne, on ne réveillera pas de douleur.

Les douleurs peuvent s'irradier dans la région sus-claviculaire et le moignon de l'épaule et s'accompagner de spasmes du sterno-mastoïdien. Enfin, la palpation superficielle qui permet, avant même la phase de suppuration, d'apprécier la chaleur et d'éveiller une vive douleur, tranche le diagnostic.

Les suppurations qui n'ont pas leur origine dans les ganglions peuvent fuser dans la loge ganglionnaire. Elles comprennent surtout deux variétés d'abcès : des abcès ossifluents qui se font le long du digastrique et des abcès lardacés ; ils seraient dus à une infection du tissu cellulaire. Leur symptomatologie se rapproche beaucoup de celle des abcès ganglionnaires.

En résumé, si le diagnostic différentiel entre les collections chaudes et froides peut parfois se poser, ce n'est que tout au début ; bientôt l'apparition des signes généraux, souvent intenses, ne permettra pas un doute de longue durée.

Les collections froides surtout sont intéressantes au point de vue diagnostic, parce que, en raison de leur plus ou moins grande torpidité, elles doivent être dis-

tinguées de plusieurs affections du cavum, à marche chronique. C'est là ce qui constitue, à proprement parler, le diagnostic différentiel des abcès froids rétro-pharyngiens. La confusion est possible avec les *fibromes naso-pharyngiens*. Ce sont des tumeurs qui tirent leur origine le plus souvent d'un épais trousseau fibreux qui recouvre la face inférieure du corps du sphénoïde et de l'apophyse basilaire. Ces tumeurs ainsi implantées sur la base du crâne font saillie dans le naso-pharynx, d'où la confusion possible avec une collection froide de cette région. Voici les particularités qui peuvent servir à distinguer ces deux affections :

Les fibromes naso-pharyngiens :

1° Se développent presque uniquement chez des adultes du sexe masculin ;

2° Sont le siège d'hémorragies très abondantes et parfois très graves ;

3° Le toucher donne une sensation dure, très ferme, pas de fluctuation ;

4° La ponction exploratrice n'amène aucun liquide purulent ;

5° Les fibromes naso-pharyngiens siègent en haut et en avant du rhino-pharynx.

Les anévrysmes de la carotide interne, qui peuvent bomber dans la cavité pharyngienne en soulevant la muqueuse seront éliminés à cause de leur caractère pulsatile.

Les kystes et néoplasmes congénitaux peuvent prêter à confusion avec l'affection qui nous occupe. En effet, un de leurs lieux d'élection au cou est sur le tra-

jet des fentes branchiales. L'âge du sujet et l'évolution sont d'un précieux appoint pour le diagnostic différentiel.

On peut envisager aussi l'hypothèse rare de la présence d'un *lipome* pouvant prêter à confusion avec une collection fluide. Dans ce cas, la tumeur est indolore, circonscrite, sans changement de coloration de la muqueuse, mobile et libre d'adhérences avec les parties profondes et les téguments.

La tumeur devrait être très molle pour faire croire à une pseudo-fluctuation, mais, dans ce cas encore, la ponction exploratrice donnerait un renseignement sûr. On a cité des cas rares où une *malformation des premières vertèbres cervicales* a fait envisager le diagnostic d'abcès froid. C'est ce qui fut constaté chez un malade examiné dans le service du Docteur Rebattu, et qui présentait une saillie dans le cavum, saillie due à une hypertrophie d'une des premières vertèbres cervicales, rendant virtuelle la cavité pharyngée.

Le Docteur Rebattu, dans le *Lyon Médical*, décrit un autre cas, d'un garçon qui se fracture les premières vertèbres cervicales en tombant d'un arbre : à l'examen du sujet, on trouvait, dans le rhino-pharynx, une grosseur qui en imposait pour un abcès froid rétro-pharyngien.

De même, Walter Dowine a signalé un cas où une callosité rétro-pharyngée, survenue deux ans après un traumatisme des vertèbres cervicales, faisait penser à un abcès rétro-pharyngien.

La fluctuation des abcès permet d'éliminer aussi les

tumeurs dures néoplasiques (*sarcomes*), qui peuvent se développer à la périphérie du pharynx et en refouler la paroi.

La présence de ganglions durs volumineux, constatée à la palpation des régions superficielles du cou, pourrait également faire penser à une affection cancéreuse, surtout chez un sujet âgé.

On a une certaine tendance à admettre l'existence d'un épithélioma, quand la maladie évolue lentement et surtout, quand les malades sont âgés. Une malade dont nous publions ici l'observation a été envoyée dans le service du Docteur Rebattu, avec le diagnostic de néoplasme : nous verrons plus loin que la tumeur n'était qu'un abcès froid rétro-pharyngien.

Gouguenheim, dans ses cliniques, cite le cas de deux malades, dont le diagnostic de leur affection lui parut si embarrassant, qu'il les fit examiner par deux chirurgiens des hôpitaux de Paris; ces derniers conclurent à l'existence d'un épithélioma, alors qu'il s'agissait d'un abcès latéro-pharyngien, qui s'ouvrit spontanément une à deux semaines après cet examen. Gouguenheim cite encore un cas de ce genre chez une femme de 50 ans : « On eut, dit-il, beaucoup de peine à établir le diagnostic différentiel avec l'épithélioma. »

Enfin, il reste à envisager une affection qui sera souvent difficile à différencier de l'abcès froid : c'est la *gomme syphilitique*. Le Dictionnaire Jacoud, t. XXVII, rapporte ceci : Verneuil dit dans les faits présentés à la Société de Chirurgie : « Les adénites syphilitiques n'ont pas tendance à suppurer ; et si l'on veut parler

de tumeurs dures d'abord, puis ramollies, tenant à la syphilis, ce sont des gommès et non pas des abcès proprement dits. » D'autre par, *Caboche*, au Congrès français d'Oto-Rhino-Laryngologie, Paris, 13 octobre 1926, dit : « On pourra soupçonner la nature syphilitique des abcès en raison de certains symptômes concomittants. Ce sont notamment : l'allure moins aiguë, la marche moins rapide que celle de l'abcès banal ; l'âge du sujet (adulte) ; la présence à la périphérie de l'abcès dans la région cervicale, de ganglions parfois volumineux, plus ou moins nombreux, lisses, mobiles, rénitents, indolores ; la guérison lente après l'incision de la collection, et enfin l'épreuve du traitement syphilitique. »

L'abcès froid tuberculeux et la gomme syphilitique présentent des signes physiques analogues, et la ponction exploratrice ne peut parfois trancher immédiatement la question. Seules, une inoculation au cobaye, une réaction sérologique, la recherche soigneuse des antécédents et l'épreuve du traitement, permettent d'établir le diagnostic. La présence de ganglions peut se voir dans les deux affections ; peut-être plus fréquemment dans la tuberculose et alors, ils sont souvent ramollis ou entourés de périadénite.

3. — Diagnostic étiologique

Les abcès froids rétro-pharyngiens peuvent prendre leur origine dans les ganglions ou prolonger une lésion tuberculeuse du squelette.

1° *Abcès ganglionnaires.* — Les adénites rétro-pharyngiennes sont connues depuis longtemps, puisque les anciens signalaient la scrofule comme une des causes fréquentes d'abcès rétro-pharyngiens; elles étaient décrites sous les noms divers d'écrouelles, de scrofule ganglionnaire. Ce fut l'époque moderne qui prouva leur qualité tuberculeuse.

Ces adénites tuberculeuses rétro-pharyngiennes se voient à tous les âges, mais plus particulièrement chez l'enfant et l'adulte jeune.

Ces adénites sont la conséquence d'une lésion tuberculeuse viscérale, osseuse ou cutanée; ou bien, résultent de la tuberculisation de ganglions enflammés: l'adénite tuberculeuse a été précédée d'une inflammation ganglionnaire simple, plus ou moins ancienne: selon le mot de Verneuil, l'inflammation banale a « fait le lit » de la tuberculose. L'infection tuberculeuse du ganglion peut être aussi primitive; le bacille se fraierait alors un passage à travers les muqueuses saine et gagnerait directement les ganglions.

Mais il est plus fréquent de voir l'inoculation se produire à la faveur de lésions de la muqueuse pharyngée.

L'abcès froid ganglionnaire rétro-pharyngien peut exister seul, mais le plus souvent il coexiste avec une adénopathie cervicale ramollie.

2° *Abcès ostéopathiques.* — Les abcès ostéopathiques sont l'envahissement du tissu cellulaire rétro-pharyngien par les fongosités d'une tuberculose sous-occipitale atteignant l'os basilaire ou plus souvent l'atlas et l'axis.

Ce sont surtout des affections de la seconde enfance, pourtant on peut les rencontrer chez l'adulte et même chez le vieillard.

L'apparition des abcès ostéopathiques est précédée en général de névralgies sous-occipitales, de raideur cervicale qui accompagnent toujours l'évolution du mal de Pott sous-occipital.

Un interrogatoire minutieux permet de retrouver ces symptômes dans les antécédents. L'examen de la mobilité cervicale fera remarquer toujours une diminution ou une suppression de cette mobilité (Aspect guindé de Lannelongue).

Le contrôle radiographique vient confirmer les soupçons.

La recherche de la douleur provoquée, au niveau de chaque vertèbre, par une pression méthodique exercée avec le doigt sur les apophyses épineuses, sur les lames, sur les apophyses transverses, par la percussion portant sur les vertèbres; par la mobilisation latérale de celles-ci, saisies entre le pouce et l'index; par une pesée graduée sur les deux épaules, de façon à heurter les corps vertébraux; par des chocs verticaux sur la voûte du crâne, sont de bons signes révélateurs des altérations tuberculeuses des vertèbres.

Sur 40 cas de mal de Pott sous-occipital et cervical supérieur, Lannelongue a trouvé 5 cas d'abcès rétro-pharyngien.

Pour Gouguenheim, les abcès rétro-pharyngiens symptomatiques d'un mal de Pott sous-occipital sont peut-être aussi fréquents que tous les autres abcès rétro-pharyngiens réunis.

4. — Evolution et Pronostic

c Résorption. — Le contenu des abcès subit parfois dans sa quantité des oscillations appréciables. Le liquide peut être l'objet de phénomènes successifs de résorption et de reproduction. La résorption peut être complète et la poche se détruire: dans ce cas, la mollesse de la tumeur augmente, les limites deviennent moins nettes, la tumeur est aplatie. Peu à peu, la fluctuation diminue, puis disparaît avec l'abcès.

b) Abcès froid réchauffé. — Une infection banale peut, à la suite d'un épisode infectieux ou à la suite d'une ponction septique, se greffer sur la suppuration tuberculeuse. Dans ce cas, la symptomatologie de l'abcès froid rétro-pharyngien se complique des réactions douloureuses et des signes généraux de l'abcès chaud.

c) L'extériorisation vers la périphérie. — Très rare; il ne pourrait alors être question que d'un abcès froid latéro-pharyngien: or, nous n'étudions ici que les abcès froids rétro-pharyngiens et les collections froides latéro-pharyngiennes qui fusent dans la loge postérieure du pharynx et en imposent pour une collection primitive de cette région.

d) L'extériorisation peut se faire vers le pharynx. — Quand l'abcès n'est l'objet d'aucun soin, la muqueuse peut s'user, s'amincir et finalement se perforer. Cette évacuation spontanée de pus dans les cavités naturelles est une évolution particulièrement grave pouvant déterminer des accidents d'asphyxie immédiate,

ou d'infection pulmonaire aiguë dus à l'irruption du pus dans les voies aériennes.

e) *Lésions vasculaires.* — De même que la suppuration peut effondrer les barrières aponévrotiques, de même elle peut user et détruire les gaines périvasculaires, dénuder les vaisseaux, en ulcérer la paroi. Mais ces complications vasculaires qui sont fréquentes dans les suppurations ganglionnaires chaudes abandonnées à elles-mêmes, sont, au contraire, rares dans les collections froides.

e) *Lésions nerveuses.* — Sont encore très rares dans les abcès froids. Elles se traduiront alors, soit par des signes d'irritation, spasmes, accès de suffocation; soit par des signes d'inhibition, paralysie du nerf lésé.

Pronostic. — Il est lié à la cause.

Les abcès froids rétro-pharyngiens comportent un pronostic, relativement bon. Pour Lannelongue, la guérison des abcès tuberculeux est la règle. Mais on ne doit pas oublier que s'ils constituent parfois la première et même temporairement l'unique manifestation locale d'un état constitutionnel défectueux, plus souvent ils se trouvent associés à d'autres manifestations, pulmonaires ou osseuses de la tuberculose. L'abcès froid d'origine osseuse étant une complication d'un mal de Pott, sous-occipital ou cervical supérieur, le malade pourra être enlevé par des lésions de la moelle, il présentera des phénomènes de myélite terminale par l'envahissement de la paralysie ascendante du bulbe qui constituera le dernier acte de la maladie.

CHAPITRE III

Thérapeutique

Historique

La thérapeutique locale des abcès froids a subi des modifications importantes après les travaux de *Pasteur* et ceux de *Lannelongue* qui ont éclairé la pathogénie et l'anatomie pathologique des collections froides.

Avant l'ère Pasteurienne, on faisait l'ouverture pure et simple de la poche, mais la guérison était rare par suite de l'introduction de germes pathogènes qui déterminaient une transformation purulente.

Devant les désastres opératoires, les chirurgiens du temps renoncèrent à toute intervention, se bornant à l'expectative. Ils ne se décidaient à intervenir que dans le cas où la paroi de l'abcès semblait prête à se rompre.

Flauchert, de Rouen, faisait une incision large de la poche et la bourrait de charpie après l'avoir vidée.

Après les travaux de Pasteur, *Lister* montra que l'on pouvait impunément ouvrir, désinfecter, drainer les abcès froids à condition de se mettre à l'abri de l'infection.

Lannelongue préconisa l'extirpation complète de la poche. Sans recourir à l'ablation totale de la membrane tuberculogène, certains chirurgiens firent un simple curage de la poche après incision large.

Le Docteur *Cazin*, de Berk, remplissait de paraffine la cavité de l'abcès, après évidemment: cette tumeur bien délimitée pouvait être ainsi plus facilement extraite.

Certains chirurgiens ponctionnaient la poche et favorisaient l'écoulement du pus à l'aide d'une ventouse.

En 1849, on commença à attaquer la membrane tuberculogène par apport à sa surface d'agents destructeurs. Ce fut l'ère des injections modificatrices.

Bonnet injecta de la teinture d'iode et de l'eau à parties égales: à ce mélange, on ajoutait 2 gr. de KI %.

Dupuytren injecta du vin chaud. D'autres employèrent des solutions de sublimé à des taux divers.

Le Professeur *Moseting Mooroft* préconisa, vers 1880, l'iodoforme.

Mikulicks employa, peu de temps après, la glycérine iodoformée.

Verneuil, en 1884, employa, pour la première fois, l'éther iodoformé. D'après lui, ce traitement réunissait les trois qualités suivantes: efficacité, bénignité, facilité. On a constaté cependant des cas d'ouverture

spontanée de la poche, sous l'influence de l'excès de tension après une ou plusieurs injections. *Verchère*, élève de Verneuil, en cite des exemples; entre autre, un abcès, voisin de la trachée, déclancha, après une injection modificatrice, des accidents de compression avec suffocation et douleurs violentes.

En plus des accidents locaux précités, on peut voir se produire des accidents généraux, tels qu'érythèmes, éruptions eczématiformes, troubles nerveux, digestifs, articulaires et même des cas d'empoisonnement. De plus, l'odeur fort désagréable du médicament en rend l'application pénible.

Quénu préconisa l'incision courte de l'abcès, suivie d'un lavage à l' H^2O^2 , à l'*éther iodoformé* ou à la *glycérine camphrée*.

H^2O^2 , d'après les chirurgiens Gangolphe, Tissier, aurait des qualités antiputrides, antiseptiques, hémostatiques; elle agirait par contact direct, et pour *Dieulafoy*, en déterminant au niveau de l'abcès froid une vascularisation et des phénomènes leucopoétiques susceptibles d'activer les éléments normaux de défense de l'organisme.

L'Eau phéniquée a été encore employée.

Duplay et Chaput, plus récemment, ont remis en honneur le séton filiforme dans le traitement des abcès du cou.

La radiothérapie, d'application exceptionnelle, s'applique surtout aux ganglions volumineux et mous.

Sebileau préconise les injections modificatrices avec le thymol camphré qui amènerait très rapidement la fonte des fongosités.

Telle est l'évolution des idées thérapeutiques des abcès froids.

Comment devons-nous maintenant conduire le traitement ?

Traitement

A. — *Traitement local. Voies d'accès.*

1° *L'abcès froid rétro-pharyngien* sera toujours abordé par la voie buccale.

Technique opératoire. — Le malade aura la tête bien fixée, la bouche bien ouverte.

Pratiquer quelques pulvérisations de cocaïne à 1/100.

Bien localiser la collection purulente.

Anesthésie locale à l'aide du mélange de Bonain.

Aseptiser la muqueuse pharyngée par un léger badigeonnage à l'iode dédoublée.

Ponctionner la musculature pharyngée avec une seringue de 20 cc. et une grosse aiguille qui permettra ainsi d'aspirer le pus. On peut encore se servir d'un trocart que l'on laisse à demeure jusqu'à évidement complet de la poche. Dans ce cas, pour favoriser l'écoulement, on fera pencher la tête du malade en avant et en bas, et on déprimera en même temps à l'aide d'une spatule ou d'un abaisse-langue la poche de l'abcès.

Si l'abcès se reforme, c'est le cas le plus fréquent, ponctionner à nouveau.

2° *L'abcès froid latéro-pharyngien.*

On sait qu'il peut, après effondrement des aponévroses voisines, devenir rétro-pharyngien, il sera alors abordé par la bouche comme pour l'abcès rétro-pharyngien. Mais lorsqu'il restera inabordable par la voie antérieure, on interviendra par voie externe.

Voies d'abord.

Croly indique pour l'incision ;

a) des lignes de sécurité qui sont : le raphé médian du cou, le bord postérieur du sterno-mastoïdien et le bord inférieur du maxillaire inférieur.

b) des lignes dangereuses : le bord antérieur du sterno-mastoïdien et la ligne allant de l'angle de la mâchoire au milieu de la clavicule.

On ne doit pas considérer ces lignes d'incision comme absolues; en pratique, il faut inciser là où la collection est maxima.

C'est *Etienne d'Edimbourg* qui, en 1877, semble avoir ouvert le premier les abcès rétro-pharyngiens par voie cutanée.

En 1881, *Watson Cheyne* incisait le long du bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien, et pénétrait dans l'espace rétro-pharyngien après avoir récliné la carotide.

En 1888 *Burkhardt* incisait le long du bord interne du sterno-cléido-mastoïdien, cette opération est appelée pharyngotomie antérieure.

Jacques Reverdin, de Genève, dans sa communication au Congrès Français de Chirurgie (8^e session, te-

nue à Lyon, 1894) apporta plusieurs observations intéressantes sur l'incision suivant la technique de Burkhardt, des abcès froids rétro-pharyngiens.

Nous n'avons étudié que l'abcès froid latéro-pharyngien qui, par son évolution profonde en imposait pour un abcès rétro-pharyngien; il sera donc justifiable du traitement par ponction par voie buccale.

Si toutefois la tuméfaction faisait saillie à l'extérieur et exigeait de par son évolution une intervention par voie externe, on appliquerait la méthode de *Watson Cheyne*, qui paraît préférable, car elle évite les vaisseaux du cou.

Technique. — Anesthésie locale ou générale. Le malade est couché sur le côté. Après aseptie de la paroi :

a) Inciser le long du bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien, à 1 cm. 1/2 de l'apophyse mastoïde. Récliner ce muscle en avant et en dehors.

b) Dilacerer le tissu sous-jacent à l'aide d'une sonde cannelée par des mouvements dirigés de haut en bas.

c) Inciser ensuite l'aponévrose cervicale moyenne, le doigt peut sentir les apophyses transverses.

d) Ponctionner la poche.

e) Faire des pansements iodés au niveau de la plaie.

B. — *Traitement général.*

Le malade fera de l'héliothérapie; il suivra un traitement tonique et récalcifiant. Si l'abcès froid est d'o-

rigine osseuse, mal de Pott sous-occipital ou cervical supérieur, le malade sera immobilisé à l'aide d'une Minerve plâtrée.

C. — *Traitement des complications.*

1° *Traitements des accidents asphyxiques.*

Lorsque le malade est amené trop tardivement, avec des troubles respiratoires et de la suffocation, il faut évacuer immédiatement la collection; cette évacuation amènera en général, une sédation du syndrome asphyxique. Dans le cas contraire, la trachéotomie reprendrait tous ses droits.

2° *Traitement des complications vasculaires.*

L'hémorragie brutale est le plus souvent précédée de petites hémorragies, on devra assurer l'hémostase à l'aide du tamponnement. Dans le cas d'hémorragie artérielle, on pratiquerait la ligature de l'artère.

RÉSULTATS

Partant de ce fait que la membrane tuberculogène était génératrice de pus: beaucoup de thérapeutes considéraient la guérison naturelle des abcès froids tuberculeux comme illusoire, si cette membrane tuberculogène n'était pas détruite; ainsi s'explique la grande variété de corps employés, et plus particulièrement les injections modificatrices, qui tendent à supprimer cette génératrice de pus.

« La guérison naturelle et spontanée des abcès froids, même volumineux, n'est pas une exception,

n'est même pas une rareté, il suffit de recueillir les exemples. » (Lannelongue). En effet, en parcourant les différents traités de rhino-laryngologie, combien de fois avons-nous trouvé des observations de collections à évolution chronique, torpide, ressemblant étrangement à des abcès froids et qui guérissaient après simple évidemment de la poche.

Le tubercule tuberculeux n'est pas exclusivement, comme on le croyait autrefois, l'objet d'un travail de désorganisation; obéissant à une tendance inverse, la néoplasie se transforme et devient, ainsi que l'a bien établi Grancher, un tissu conjonctif ou fibreux qui n'a rien de spécial ni rien de spécifique.

Les malades dont nous publions l'observation ont tous trois été traités par ponction sans injection modificatrice.

Le premier malade dont l'abcès froid était d'origine ganglionnaire, a dû être ponctionné quatre fois, mais la guérison a été complète et toute trace d'orifice de ponction a disparu.

La deuxième malade, de 75 ans, qui présentait un abcès froid d'origine osseuse, mal de Pott cervical, a été ponctionnée trois fois, puis, a rejeté par une vomique, une grande quantité de pus et la malade est maintenant tout à fait guérie, son mal de Pott s'étant consolidé.

Quant à la troisième malade, la ponction simple avait donné d'excellents résultats, puisque l'abcès ne s'est jamais reproduit.

Il faut donc conclure que :

1° L'action des ponctions sans injections modificatrices est efficace.

2° La fistulisation est exceptionnelle.

Ces faits sont à retenir et doivent inciter à user systématiquement des ponctions évacuatrices dans les cas analogues.

CHAPITRE IV

Observations

Nous avons recueilli 3 observations; une est inédite, les deux autres ont été récemment publiées dans le *Lyon Médical*.

Chacune présente des particularités intéressantes.

Dans la première observation, l'abcès est d'origine ganglionnaire; guérison après ponctions.

Dans la deuxième, l'abcès d'origine osseuse a été le signe révélateur d'un mal de Pott cervical latent; guérison complète chez une femme de 75 ans, après ponctions.

Dans la troisième, l'abcès d'origine osseuse a été encore le signe révélateur d'un mal de Pott cervical latent.

Ainsi dans ces trois observations, l'abcès rétro-pharyngien a tenu la première place du tableau clinique, particulièrement chez les deux dernières malades, où rien n'avait jusqu'alors attiré l'attention du côté de la colonne cervicale.

OBSERVATION I

(MM. les Docteurs REBATTU ET MOUNIER-KUHN)

J... T..., 26 ans, boulanger, se présente le 4 novembre 1925 à la consultation d'oto-rhino-laryngologie de l'Antiquaille, se plaignant de dysphagie.

Aucun antécédent héréditaire ou personnel à signaler ; sa femme est bien portante, n'a pas eu de grossesse.

L'affection actuelle a débuté il y a environ trois mois par une douleur dans la région sous-angulo-maxillaire gauche ; puis est apparue une tuméfaction un peu au-dessous du pavillon de l'oreille, tuméfaction qui augmenta rapidement de volume pour atteindre la grosseur d'un œuf de poule.

Le 20 septembre, on incisa cette masse ; il en sortit du pus, et la plaie se fistulisa.

Une quinzaine de jours après, le malade était gêné pour avaler.

On parla d'hypertrophie amygdalienne, et ce fut pour se faire enlever les amygdales qu'il vint à l'hôpital.

A l'entrée, on constate la présence d'une tuméfaction occupant la partie toute supérieure et postérieure de la région carotidienne gauche ; cette tuméfaction est creusée en son centre, d'une plaie atone, à bords décollés, d'où l'on fait sourdre une petite quantité de pus mal lié.

La palpation montre que cette masse, irrégulière dans ses contours, offre une consistance dure. Plus profondément, on sent de nouvelles masses analogues qui paraissent être également de nature ganglionnaire.

En déprimant fortement la langue, on voit que la moitié gauche de la paroi postérieure du pharynx fait une saillie volumineuse arrivant au contact de l'hémi-voile gauche qu'elle refoule en avant. La paroi pharyngée latérale gauche fait également saillie dans la cavité.

Cette tuméfaction descend jusque dans l'hypopharynx, ainsi que le montre le miroir laryngé, et l'épiglotte est basculée vers la droite si bien qu'on voit mal la corde vocale gauche. Pas de dysphonie, pas de dyspnée.

La muqueuse qui la revêt a conservé son aspect normal.

Le toucher digital montre une fluctuation profonde. Il n'existe aucune autre adénopathie, la colonne cervicale est souple, la pression sur les apophyses épineuses n'est pas douloureuse. Rien d'anormal du côté des poumons; pas de fièvre.

Peu à peu la dysphagie augmente en même temps que s'installe un peu de gêne respiratoire, surtout nocturne.

7 novembre 1925. — On fait une ponction qui ramène un pus crémeux et bien lié. En exerçant une pression sur les parties voisines du point ponctionné, on arrive à vider la poche. A la fin, le pus est strié de sang.

L'inoculation au cobaye a été nettement positive.

12 novembre 1925. — Le malade s'est trouvé très soulagé pendant 48 heures, puis la tuméfaction a reparu, augmentant progressivement de volume et rendant nécessaire une nouvelle ponction qu'on fait dans les mêmes conditions et qui donne les mêmes résultats.

20 novembre 1925. — Troisième ponction.

5 décembre 1925. — Quatrième ponction. Les masses ganglionnaires cervicales ont diminué de volume. Le malade quitte l'hôpital.

4 janvier 1926. — On revoit le malade; il n'a pas de dysphagie, la tuméfaction pharyngée ne s'est pas reproduite, on ne voit plus la trace des orifices de ponction.

Les masses ganglionnaires cervicales ont encore diminué; l'orifice fistuleux s'est considérablement rétréci.

10 mai 1926. — Etat général excellent; le malade a fait de l'héliothérapie quand cela était possible, il a suivi un traitement tonique et localement a eu des pansements iodés. L'orifice fistuleux cervical s'est fermé.

Le malade, revu le 1^{er} septembre, ne présente plus trace de trajet fistuleux. Il est tout à fait guéri.

OBSERVATION II

(MM. les Docteurs REBATTU ET MOUNIER-KUHN)

Mme D..., 75 ans, est envoyée parce qu'elle a depuis une quinzaine de jours une dysphagie progressive, précédée depuis quelques mois par une volumineuse adénopathie cervicale.

On pense à un néoplasme du pharynx.

Aucun antécédent personnel. Mari bien portant, pas d'enfant. Excellente santé habituelle. A l'examen, on est frappé d'abord de la présence de paquets ganglionnaires cervicaux, surtout carotidiens, mais aussi sus-claviculaires et sous-maxillaires. Ces ganglions ne sont pas d'une consistance dure; il n'y a pas de péri-adénite.

En examinant la cavité bucco-pharyngée, on constate que la cavité du pharynx a disparu, sa paroi postérieure étant occupée par une tuméfaction considérable plus marquée à droite. De ce côté, le voile est refoulé en avant, tandis qu'à gauche la tuméfaction affleure seulement le voile du palais. Fluctuation très nette de cette masse. Laryngoscopie difficile, le larynx est refoulé à gauche, la glotte est presque entièrement cachée par l'épiglotte, cordes normales comme aspect et comme mobilité; voix un peu rauque, plutôt goitreuse.

On est frappé par l'aspect soudé de la tête et du cou. La malade se retournant tout d'une pièce lorsqu'on lui parle. Elle ne peut fléchir ni étendre la tête sur le tronc, les mouvements de latéralité sont également impossibles. Pas de douleur à la pression des apophyses épineuses.

La radiographie faite de face et de profil montre un affaissement du disque entre la troisième et la quatrième vertèbre cervicale qui forment un bloc nettement détaché des vertèbres cervicales sus et sous-jacentes. On peut constater aussi des lésions de décalcification du corps de la quatrième cervicale. On voit également la clarté de la trachée considérablement refoulée à gauche. Rien au poumon. Pas de fièvre.

Rien du côté du système nerveux. Reflexes normaux, aucun trouble médullaire.

Une ponction au point déclive ramène du pus bien lié en grande quantité, pas de fistulation, la malade est soulagée, mais la tuméfaction se reproduit rapidement.

Une inoculation au cobaye a été faite : celui-ci sacrifié quarante jours après, était tuberculisé.

Deux autres ponctions sont faites, puis la malade rentre chez elle. Son médecin traitant est appelé deux ou trois se-

maines plus tard, la malade présentant de la dyspnée et de la fièvre. Elle rejette, par une sorte de vomique, une grande quantité de pus très fétide, la fièvre disparaît ainsi que les signes fonctionnels, pour ne plus revenir. On a eu des nouvelles de la malade; elle est actuellement en bonne santé et a pu, malgré son âge, reprendre les travaux des champs.

OBSERVATION III

(Inédite)

*(Due à l'obligeance de M. le Professeur COLLET
et de M. le Docteur PROBY)*

Mme X..., 55 ans, vue chez elle la première fois en 1924. Présente depuis environ 3 semaines de la gêne considérable de la déglutition. Son état général est médiocre.

A l'abaisse langue, on voit une tuméfaction arrondie qu'on ne peut délimiter, à la partie postéro-inférieure du pharynx.

Au miroir, très volumineuse tuméfaction comblant entièrement le vestibule laryngé. Cette tuméfaction est très molle, rénitente, et de la grosseur d'une mandarine.

L'examen de la colonne cervicale est négatif. Les mouvements sont normaux. Pas de signes de compression, pas de torticolis.

En présence de l'augmentation des troubles de la déglutition, on décide de faire une ponction, qui se fait sans incident; l'abcès soulevant la muqueuse, on évacue une quantité considérable de pus grumeleux ayant tous les caractères du pus tuberculeux. L'amélioration de la déglutition est immédiate.

On reste sans nouvelle de la malade pendant 6 mois. Revue à cette date par M. le Docteur Proby. La malade n'a pas de trouble de la déglutition, l'abcès ne s'est pas reproduit. Par contre, il y a de la raideur de la nuque, du torticolis. L'exploration de la colonne montre que la région de la nuque est douloureuse. Les muscles sont contractés avec

des points douloureux électifs le long des masses latérales des premières vertèbres cervicales. Pas de signes de compression.

La malade refuse tout traitement, Minerve et toute autre immobilisation. Ultérieurement, le mal de Pott ayant continué son évolution, la malade meurt en 1925.

CONCLUSIONS

I. — Les Abscesses rétro-pharyngiens sont rares chez l'adulte. Chez l'enfant, les abscesses chauds (adéno-phlegmons rétro-pharyngiens) sont assez fréquents ; par contre, les abscesses froids sont exceptionnels.

II. — Au point de vue étiologique, ils peuvent être d'origine ganglionnaire ou osseuse.

Dans le premier cas, les ganglions rétro-pharyngiens de Gillette étant atrophiés chez l'adulte, il s'agit ordinairement d'un abcès froid ganglionnaire latéro-pharyngien.

Dans le deuxième cas, le plus fréquent semble-t-il, ils proviennent d'un mal de Pott sous-occipital et cervical supérieur.

III. — D'après leur siège, les abscesses rétro-pharyngiens revêtent chez l'adulte une symptomatologie à prédominance dyspnéique, plus souvent dysphagique.

Leur diagnostic différentiel est assez aisé surtout avec l'appoint de la ponction exploratrice. Il faut alors remonter à la cause ; un abcès froid rétro-pharyngien peut-être le signe révélateur d'un mal de Pott cervical latent.

IV. — Au point de vue thérapeutique, la ponction évacuatrice, sans injection modificatrice, semble donner les meilleurs résultats.

Malgré la répétition des ponctions, la fistulisation reste exceptionnelle.

Il faudra aussi s'occuper du traitement de la cause.

Vu : **LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,**
LE DOYEN, **F.-J. COLLET.**
JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 23 Novembre 1926.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GHEUSI.

BIBLIOGRAPHIE

- ARNOZAN ET MOURE. — *Article Pharynx du Dictionnaire encyclopédique des Sc. Médic.*, Paris, 1897, 2^e série.
- CABOCHE. — *Congrès Français d'oto-rhino-laryngologie*, Paris, 13 octobre 1926.
- CALAS. — De l'étude des abcès péri-pharyngiens. Etude anatomo-clinique. (*In thèse Montpellier, 1905-1906*).
- COMBY. — Diagnostic et traitement des abcès rétro-pharyngiens. *Revue internationale de Médecine et Chirurgie*, Paris, 1922, XXXIII.
- DENTU ET DELBET. — *Traité de Chirurgie*. Maladies du cou, 1913.
- DICTIONNAIRE JACCOUD. — T. XXVII.
- DUPLAY ET RECLUS. — *Traité de Chirurgie*. T. V, 1^{re} édition.
- ESCAT. — *Technique oto-rhino-laryngologique*.
- GILETTE. — Des abcès rétro-pharyngiens idiopathiques. (*In Thèse Paris, 1867*).
- GOUGUENHEIM. — *Travaux de rhino-laryngologie*, 1905.
- KOHAN. — De l'étude du traitement des abcès froids. (*In Thèse Paris, 1898*).
- LANNELONGUE. — *Abscès froids et tuberculose osseuse*, 1881.
- LANNOIS. — *Précis des maladies de l'oreille, du nez, du pharynx, du larynx*, 1908.
- LAURENS. .. *Chirurgie oto-rhino-laryngologique*, Paris 1906. (*In traité de médecine opératoire et de thérapeutique chirurgicale de Berger et Hartmann*).
- LAURENT. — Traitement des abcès ganglionnaires tuberculeux par injection d'eau phéniquée. (*Thèse Paris, 1904*).

- LAVILLE. — Traitement des abcès froids par injection d'eau oxygénée. (*In Thèse Toulouse, 1917*).
- MESTRE. — De l'Etude du traitement des abcès froids par injections d'éther iodoformé. (*Th. Paris, 1905-1906*).
- MONDIÈRE. — Recherches pour servir à l'histoire des abcès rétro-pharyngiens. *L'Expérience, 1842, t. IX*.
- MOREAU. — De l'Etude des abcès péri-pharyngiens. (*Th. Paris, 1896*).
- MOURE ET BRINDEL. — *Maladies de la gorge, du larynx, des oreilles, du nez, 1908*.
- MOY. — De l'Etude des abcès latéro-pharyngiens chez l'enfant. (*Th. Paris, 1907*).
- POTION. — De l'incision suivie de suture dans le traitement des abcès froids tuberculeux. (*Th. Paris, 1910*).
- REUMAUX. — Du traitement des abcès rétro-pharyngiens. (*Th. Lille, 1897*).
- SÉBILÉAU. — *Démonstration d'Anatomie, Paris, 1892*.
- TESTUT ET JACOB. — *Traité d'Anatomie topographique avec applications médico-chirurgicales. T. I, 1921*.
- THOYER-ROZAT. — De l'Etude des abcès rétro-pharyngiens idiopathiques des enfants (adénite rétro-pharyngienne suppurée). (*Th. Paris, 1896*).
- THUAU. — Du traitement des abcès froids tuberculeux. (*Th. Paris, 1886-87*).
- TILLAUX. — *Chirurgie clinique, 5^e édition, 100, T. I*.
- TISSIER. — Diagnostic et traitement des abcès rétro-pharyngiens. *Presse thérapeutique Paris, 1904*.
- TOREL. — Du traitement des abcès froids par injection d'éther iodoformé. (*Th. Bordeaux 1885-86*).
- TRUFFERT. — *Anatomie topographique. Les Aponévroses, les loges du cou. Paris, 1922*.
- TRUFFERT. — *Suppurations péri-pharyngiennes. Etudes cliniques et thérapeutique, Paris*.
-

TABLE DES MATIERES

Introduction	7
Chapitre Premier.— 1 ^o Anatomie.....	11
2 ^o Anatomie pathologique et Pathogénie . . .	25
Chapitre II.— Etude clinique	33
1 ^o Symptomatologie	33
2 ^o Diagnostic différentiel	39
3 ^o Diagnostic étiologique.....	46
4 ^o Evolution-Pronostic.....	49
Chapitre III.— Thérapeutique ..	51
Historique.....	51
Traitement (ses variétés).....	54
Résultat	57
Chapitre IV.— Observations.....	61
Conclusions.....	67
Bibliographie.....	69
